

健康保険

- 被保険者
 家族

移送承認申請書・移送届・移送費支給申請書

被 保 険 者 だ さ い 記 入 す る こ ろ	必 ず 記 入 し て く だ さ い	①被保険者証の記号番号	記号 100 番号	②被保険者の氏名及び生年月日	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ③ 昭和・平成 年 月 日生	④	
		④連絡先(電話番号)	(内線) (自宅) - (携帯) -	⑤家族が移送を受けたときはその者の氏名及び生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	⑥傷病名	⑦
	入 入 し て く だ さ い	⑦発病又は負傷の年月日	平成 令和 年 月 日	⑧発病又は負傷の原因	負傷の原因は第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
		⑨移送を受けた理由・区間・年月日及び費用の額	理由	から 経由 まで			
			回数	距離	移送の年月日	利用交通機関	移送に要した費用
	入 入 す る こ ろ	⑩給付金の支払いについて	<input type="checkbox"/> 被保険者は在職中である。 ⇒ 給与振込口座に支払います。⑪へ <input type="checkbox"/> 被保険者は退職者である。又は、任意継続被保険者である。 ⇒ 請求者の名義又は受領委任した代理人の名義の金融機関口座に支払います。⑫～⑬へ				
		⑪アストラゼネカ株式会社 代表取締役堀井 貴史を代理人と定め、この請求に基づく給付金の受領を委任します。	被保険者の氏名及び印				
	退 職 者 と し て 記 入 す る こ ろ	⑫振込希望金融機関名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 銀行	金融機関コード	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ()	
			(ﾌﾘｶﾞﾅ) 本店	支店コード	口座番号	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
	退 職 者 と し て 記 入 す る こ ろ	⑬委任状	この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。				
被保険者(請求者)の氏名及び印			住所				
医 師 が 記 入 す る こ ろ	⑭必要と認められた移送の区間	から	経由	まで	回数	回	
	⑮移送を必要と認められた理由	上記の理由で移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 所在地 医療機関等の名称 医師の氏名・印 TEL - -					

※この申請書には移送に要した費用の領収書を必ず添付してください。

[受付印]

- ※記入上の注意
1. 印ははっきり押し、印もれのないようにしてください。なお、訂正したときは③と同じ印を訂正印として押してください。(印鑑は認可可。スタンプ印・日付印は不可。)
 2. ⑪には③と同じ印を押印してください。
 3. 退職者(任意継続被保険者)で、被保険者(請求者)本人名義以外の口座に振込みを希望するときは、⑬により代理人に給付金の受領委任をしてください。なお、そのときは⑬に③に押した印と同じ印を押してください。
 4. ⑧、⑩及び⑫の口には該当の事項に✓を入れてください。